



# RELACIÓN ENTRE LAS EXPECTATIVAS DE LAS EMBARAZADAS Y EL DESARROLLO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

---

Trabajo de Fin de Grado

**Autora: Alondra Santos Hernández**

**Tutor: Martín Rodríguez Álvaro**

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería

Titulación: Grado en Enfermería

Universidad de La Laguna, Sede La Palma

Junio 2022

## ÍNDICE

---

<b>1. RESUMEN</b> .....	3
<b>2. ABSTRACT</b> .....	4
<b>3. DICCIONARIO DE ABREVIATURAS</b> .....	5
<b>4. INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>5. MARCO TEÓRICO</b> .....	7
5.1 Historia de la depresión postparto.....	7
5.2 Alteraciones psiquiátricas del postparto.....	8
5.3 Tratamiento.....	9
5.4 Expectativas y satisfacción.....	10
<b>6. JUSTIFICACIÓN</b> .....	14
<b>7. OBJETIVOS DE ESTUDIO</b> .....	15
7.1 Objetivos de investigación.....	15
7.2 Hipótesis.....	15
<b>8. METODOLOGÍA</b> .....	16
8.1 Búsqueda bibliográfica.....	16
8.2 Tipo de estudio.....	16
8.3 Población y muestra de estudio.....	16
8.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	17
8.5 Variables de investigación.....	17
8.6 Instrumentos de medida.....	18
8.7 Recogida de datos y procedimientos.....	19
8.8 Análisis de datos.....	20
8.9 Consideraciones éticas.....	21
<b>9. LOGÍSTICA</b> .....	22
9.1 Cronograma.....	22

9.2 Presupuesto.....	23
<b>10. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>24</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>29</b>
- Anexo I.....	29
- Anexo II.....	30
- Anexo III.....	31
- Anexo IV.....	32
- Anexo V.....	33
- Anexo VI.....	34
- Anexo VII.....	35

## 1. RESUMEN

---

Las expectativas de las futuras madres pueden estar relacionadas con la satisfacción de la experiencia del parto. No llegar al nivel de satisfacción esperado, podría generar en la mujer algún trastorno mental. Entre ellos, la depresión postparto, que se trata de una afección mental que padecen algunas mujeres tras la fase de parto. En España casi el 40% de las mujeres sufren de este problema de salud mental.

El objetivo de este proyecto es determinar la relación de las expectativas que tienen las embarazadas en relación con la depresión postparto. Las variables a estudio son el tipo de parto, embarazo deseado, antecedentes relacionados con trastornos mentales, apoyo social... El estudio a realizar será observacional, analítico y longitudinal. Como instrumentos de medida se dispondrá de cuestionarios para todas las madres primíparas que participen; además, la recogida de datos estará bajo la responsabilidad de las matronas de las zonas básicas de salud del Área de La Palma.

**Palabras clave:** bienestar, depresión postparto, expectativas y satisfacción

## 2. ABSTRACT

---

Future mothers and her expectations may be related to the satisfaction of the childbirth experience. Not reaching the expected level of satisfaction could generate a mental disorder in women. Among them, postpartum depression, which is a mental disorder that some mothers suffer after the parturition phase. In Spain almost 40% of women suffer from this mental health problem.

The purpose of this project is to determine the relationship of the expectations that pregnant women have regarding postpartum depression. The variables to be studied are the type of birth delivery, desired pregnancy, background related to mental disorders, social support... An observational, analytical and longitudinal study will be carried out. As measurement tools, questionnaires will be available for all participating primiparous mothers; In addition, the data collection will be under the responsibility of the midwives of the basic health zones of the La Palma area.

**Key Words:** well-being, postpartum depression, expectations and satisfaction.

### 3. DICCIONARIO DE ABREVIATURAS

---

OMS: Organización Mundial de la Salud

TPP: Tristeza postparto

DPP: Depresión postparto

PPP: Psicosis postparto

EPDS: Escala de Depresión postparto de Edimburgo.

RN: Recién nacido

## 4. INTRODUCCIÓN

---

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por lo que la salud mental se convierte en un componente esencial para conseguir ese completo bienestar <sup>[1]</sup>.

En la etapa del embarazo todo se intensifica debido a los cambios hormonales que experimenta la mujer, es por ello que en este período es importante que se cuide de la salud mental de las futuras madres. Las experiencias vividas durante esta fase de la vida pueden marcar un antes y un después en su comodidad, ya que la experiencia de parto o las intervenciones que les realicen pueden influir significativamente en su estado de salud mental <sup>[2]</sup>.

La obstetricia, en general, ha dado más relevancia a los aspectos físicos del parto, dejando a un lado los aspectos más psíquicos. Que anteriormente no se le haya dado el valor que se debe a la salud mental ha provocado que las mujeres se informen o busquen ayuda en otra parte, y con ello llegan a crear sus propias expectativas previas al momento de parto, que pueden contribuir a su estado mental y con ello a su satisfacción. La asistencia maternal ayuda a que las madres creen expectativas más realistas y las prepara psicológica y físicamente para ese momento <sup>[3]</sup>.

Múltiples factores ocurridos previamente y tras el parto pueden generar un sentimiento de insatisfacción en las madres, que podría desencadenar en un trastorno de la salud mental. Entre estos trastornos, los más comunes son los tres tipos de depresión postnatal (tristeza postparto, depresión postparto y psicosis postparto) que van de más leves a más intensos.

La depresión postparto tiene un índice de prevalencia mundial del 15%, dicho porcentaje ha avanzado considerablemente a lo largo del tiempo. Se considera la afección mental más común tras el parto, después del *baby blues*, que se encuentra en primer lugar con una incidencia de un 50 - 80% <sup>[4]</sup>.

## 5. MARCO TEÓRICO

---

### 5.1 Historia de la depresión postparto

Lo que se conoce actualmente como depresión postparto tiene su origen muchos siglos atrás, a lo largo de la historia se han ido estudiando los comportamientos de la mujer durante la fase de puerperio.

En la antigüedad, fue Hipócrates en el 400 a.C quién comenzó a observar el comportamiento de la mujer tras el parto. Presentaban fiebre, escalofríos, alucinaciones, dolores, insomnio, además de delirios (síndrome que él denominó “fiebre puerperal”). La descripción hipocrática atribuía estos comportamientos a un flujo anormal de los loquios, explicación que se mantuvo vigente en los próximos mil años. <sup>[5]</sup>

A partir de los siglos XVIII y XIX se contemplan indicios de interés, cuando tanto la literatura médica alemana, como la francesa proporcionan los primeros informes sistemáticos sobre la locura puerperal. Es en 1819 cuando el psiquiatra francés Jean Esquirol <sup>[6]</sup> redactó un artículo detallado de la clínica psiquiátrica perinatal basado en el estudio de más de cien casos de psicosis puerperal “*De l’aliénation mentale des nouvelles accouchées et nourrices*”. Posteriormente es el médico francés Victor Louis Marcé quien en 1858 publica el primer escrito sobre locura puerperal en su libro “*Traite de la Folie des Femmes Enceintes*”, considerado el primer tratado de psiquiatría perinatal. <sup>[7]</sup>

A finales de los años setenta los expertos en salud mental Channi Kumar, James Hamilton e Ian Brockington formaron la primera sociedad internacional con el fin de mejorar la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales relacionadas con el embarazo, su finalidad era que cada dos años miembros de todo el mundo expusieran sus trabajos clínicos para poder desarrollar investigaciones conjuntas. Fue en 1980 cuando se celebró la primera reunión internacional sobre los trastornos mentales que aparecían tras el parto, es aquí donde toman la decisión de construir la “*Marce Society for Perinatal Mental Health*” en honor a Louis Marcé. <sup>[8]</sup>

A partir del siglo XX, los estudios acerca de este fenómeno ocurrido en las mujeres tras el parto se acercan a lo que se conoce actualmente como depresión postparto. Es Cutrona en 1982 quien redacta las alteraciones psicológicas detectadas tras

el parto, ocurren después de la primera semana y supone un impedimento para el funcionamiento normal de la madre. Kumar y Robson encontraron en las madres sentimientos contradictorios y negativos hacia sus hijos si se comparaba con las madres que no estaban deprimidas.<sup>[9]</sup>

A lo largo de la historia y de los estudios de esta depresión postnatal no se llegaba a especificar si es exclusiva del postparto o si por el contrario se encuentra presente en otros periodos como pueden ser el embarazo en sí o el período de lactancia.

El análisis de las locuras puerperales desencadenó en síntomas menos intensos que se dan en periodo puerperal, tales como la depresión o la angustia. Actualmente la depresión postparto es uno de los desórdenes mentales más importantes y que tiene una mayor incidencia en mujeres adolescentes, “esta alteración emocional acompaña a la mujer durante o después del embarazo” según Fernandez (2007) donde intervienen infinidad de factores personales y socioculturales. Courtois en 2008 citó que “la tasa de depresión aumenta entre 10-15% en población con características vulnerables como la pobreza, la criminalidad y las carencias generales”.<sup>[10]</sup>

## 5.2 Alteraciones psiquiátricas del postparto

El parto es un proceso complicado y agotador para la madre que pasa por grandes cambios hormonales, físicos y emocionales; pueden experimentar distintas emociones como la ansiedad, tristeza, depresión... Actualmente se conoce que las mujeres pueden sufrir hasta tres padecimientos afectivos en el puerperio. Estos son la TPP o *baby blues*, la DPP y la PPP.<sup>[11]</sup>

La tristeza postparto más conocida como *baby blues* se considera una alteración del estado de ánimo y síntomas depresivos transitorios que puede experimentar la mujer durante las primeras dos semanas tras el parto<sup>[12]</sup>. Es debida a cambios hormonales, sociales y psicológicos; pueden presentar preocupaciones, cansancio o sentimientos de infelicidad que afectan a la mujer para volver a funcionar con normalidad<sup>[13]</sup>. Generalmente tiene una duración máxima de dos semanas, pero si el sentimiento de ansiedad y depresión es muy fuerte y dura más del tiempo establecido se podría estar hablando de depresión postparto.<sup>[14]</sup>

La psicosis postparto es una enfermedad mental grave que afecta a una de cada mil mujeres. Se considera de emergencia psiquiátrica, ya que la mujer puede

experimentar episodios de confusión extrema y delirios, así como alucinaciones, paranoias, manías y proceso de pensamiento desorganizado <sup>[13]</sup>. Este padecimiento puede ocurrir entre los primeros días y hasta seis semanas después del nacimiento. Se trata de una situación de riesgo, puesto que la mujer podría hacerse daño a sí misma o a su hijo. Por ello, este trastorno requiere de atención médica inmediata y hospitalización en caso de que se contemple el suicidio o filicidio. <sup>[15]</sup>

La depresión postparto es una enfermedad mental que afecta tanto en la salud física como en la conducta de la madre <sup>[15]</sup>. Esta depresión puede ir de moderada a intensa; las madres pasan por sentimientos de extrema tristeza, ansiedad, irritación, inquietud y fatiga que puede desencadenar en la incapacidad de cuidar de sí misma o de los demás. Puede aparecer tras el parto o incluso un año más tarde y se da en una de cada siete mujeres, siendo la complicación más común en mujeres que acaban de dar a luz. <sup>[16]</sup>

Esta enfermedad tiene como factor de riesgo trastornos del estado de ánimo o ansiedad previos al embarazo <sup>[17]</sup>, que hacen que el riesgo de depresión sea veinte veces mayor <sup>[18]</sup>, así como factores psicosociales, eventos estresantes continuos, disputa con la pareja o apoyo social deficiente. Además, la diabetes gestacional de forma independiente se asoció como un riesgo de detección mayor en el postparto. <sup>[19]</sup>

De igual manera, hay factores que ayudan a prevenir la DPP como son el cuidado piel con piel o recientemente también se ha estudiado el efecto que tiene el ejercicio físico en la prevención de síntomas de esta depresión, puesto que supone una estrategia segura para alcanzar un mayor nivel de bienestar psicológico en la madre. <sup>[20]</sup>

### **5.3 Tratamiento**

La evidencia actual que hay para el tratamiento de la depresión postparto sugiere que si no es tratada puede tener efectos adversos en el bienestar de la madre y del bebé. Si la depresión se detecta durante el embarazo, se recomienda comenzar con intervenciones terapéuticas no farmacológicas, como pueden ser la psicoeducación, intervenciones psicoterapéuticas basadas en mindfulness que han demostrado que previenen el desarrollo de un cuadro clínico anímico y ansioso, psicoterapia, neuromodulación o terapia hormonal. <sup>[21]</sup>

El uso de fármacos debe de estar supervisado por un profesional de la salud, en 2019 la *Food and Drug Administration* (FDA) aprobó el primer medicamento diseñado específicamente para tratar la depresión postparto, es la infusión de alopregnanolona (Brexanolona),<sup>[22]</sup> una preparación intravenosa que se administra con una única infusión en un período de 60 horas bajo supervisión médica<sup>[23]</sup>. Una de sus ventajas es que tiene una respuesta rápida en el organismo, ya que remite la sintomatología depresiva entre las primeras 24-48 horas, en comparación con otros antidepresivos que pueden tardar semanas.

Actualmente se están probando otros fármacos que se encuentran en fase de estudio como es la “ganaxolona” de forma intravenosa y oral.<sup>[24]</sup> Por otra parte, recientemente se ha estudiado el efecto que tienen los ácidos grasos poliinsaturados omega-3 como suplemento, que podría tratarse de un tratamiento prometedor.<sup>[25]</sup>

#### **5.4 Expectativas y satisfacción**

El parto es un momento crítico en la vida de cualquier mujer, pues esta se somete a una serie de cambios físicos, biológicos, emocionales y sociales. Es por ello que este proceso puede provocar alteraciones en la salud mental de la madre y a su vez, si la embarazada vive esta experiencia con expectación o expectativas ya creadas, puede suponer un empeoramiento de la vivencia, si no se satisfacen esas ideas.<sup>[26]</sup>

Las gestantes tienden a tener expectativas sobre el parto y todo lo que este concierne, y a su vez miden su satisfacción en base a que esas expectativas se desarrollen. La embarazada a lo largo de la fase de gestación adquiere conocimientos y experiencias a través de múltiples vías, que hacen que ésta constituya sus propias expectativas<sup>[27]</sup> y que influyen en la posterior adaptación a la maternidad.

Las experiencias negativas, pueden afectar a la gestante de muchas formas, creando sentimientos de frustración, incremento de la DPP, además de que se pueden ver alteradas las decisiones que se tomen acerca de la maternidad o incluso actitudes en futuros partos. Por consiguiente, la educación maternal cumple un papel fundamental ya que la formación que proporcionen las matronas ayudará a que las gestantes creen expectativas lo más realistas posibles y con ello obtengan un nivel de satisfacción mayor.<sup>[26]</sup>

Se ha estudiado que algunos de los factores que más intervienen en la satisfacción son el contacto piel con piel, el acompañamiento de familiares, la atención del personal sanitario, reducir el dolor y el respeto a la privacidad.<sup>[28]</sup>

Según Janet Bryanton, Gagnon, Johnston y Hatem, profesoras en la facultad de enfermería de la Universidad del Príncipe Eduardo en Canadá, el tipo de parto, la experiencia de un embarazo previo, la preparación al parto, acompañamiento, trato del personal sanitario y los procedimientos obstétricos anteriores son algunas de las características decisivas en la percepción de las mujeres sobre esta experiencia.

- Tipo de parto:

El tipo de parto está considerado como uno de los factores más cruciales en cuanto a la satisfacción de las mujeres. Existen muchos tipos de parto, los más comunes son el vaginal y la cesárea.

El parto vaginal o natural según los expertos es el más adecuado ya que la cesárea es una cirugía mayor y conlleva riesgos. Muchas mujeres con embarazos de bajo riesgo optan por este tipo de parto, el natural, y la administración de analgesia va dentro de la elección personal de cada paciente.<sup>[29]</sup>

El parto por cesárea está considerado de riesgo ya que se trata de una cirugía mayor, a través del abdomen de la madre. Se recomienda la realización de esta cirugía si existe indicación médica, de lo contrario una cesárea electiva, que deriva del miedo al dolor, implicaría un mayor riesgo. Asimismo, a pesar de que los nacimientos por esta vía suelen garantizar una buena salud, tanto para el recién nacido como para la madre, son mucho peores en cuanto a recuperación. Esta cirugía está indicada cuando surgen complicaciones inesperadas durante el parto o bien por otras numerosas razones como pueden ser embarazos múltiples, problemas de salud de la madre que incluyen infecciones o cesáreas anteriores; también existen las cesáreas programadas por las razones nombradas o por una mala posición del feto.<sup>[30]</sup>

El dolor del parto es subjetivo, es decisión de cada mujer recibir medicación o no a la hora de dar a luz. El manejo del dolor puede variar según las necesidades de cada paciente, hay mujeres que son capaces de aliviar el dolor con técnicas aprendidas en clases de preparación al parto, y otras que optan por usar medicación para que el proceso sea más fácil.<sup>[31]</sup>

Existen diferentes métodos para calmar los dolores en la fase de alumbramiento. Las alternativas no farmacológicas utilizan técnicas de relajación como puede ser ambientación periparto, masajes, técnicas de modulación respiratoria, audioanalgesia, hipnosis y por último técnicas mecánicas con la aplicación de calor y frío.<sup>[32]</sup> En cuanto a las técnicas farmacológicas, se emplean analgésicos sistémicos que generalmente no retardan el trabajo de parto pero pueden provocar somnolencia en la mujer y el bebé. Los bloqueos neuroaxiales, en concreto el epidural, adormece la mitad inferior del cuerpo y se inyecta en la región lumbar; este tipo de analgesia es uno de los métodos más seguros y efectivos.<sup>[31]</sup> Diferentes estudios han demostrado que la presencia de un acompañante durante la fase de parto disminuye la necesidad de analgesia, además de crear una experiencia más positiva y del mismo modo, más satisfactoria.<sup>[33]</sup>

- Experiencia del parto:

Las mujeres reclaman un trato más humano, estar más informadas y tener una mayor participación.<sup>[34]</sup>

Este tipo de parto pretende que haya mejoras en la experiencia reproductiva de las gestantes cubriendo sus necesidades y teniendo en cuenta aspectos como la calidad, dignidad, privacidad y reducción de cualquier procedimiento innecesario.<sup>[35]</sup>

Para que se pueda llevar a cabo un parto lo más humanizado posible, es importante que las mujeres hayan tenido atención prenatal y tengan conocimientos. Según la OMS “la atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas” además de que “deben recibir una atención de buena calidad durante todo su embarazo”.<sup>[36]</sup>

- Asistencia a la mujer y al bebé tras el parto:

La Organización Mundial de la Salud en marzo de 2022, por primera vez saca directrices mundiales con el fin de apoyar en el período postnatal a mujeres y recién nacidos. De igual manera señala que “El nacimiento de un bebé es un acontecimiento que cambia mucho la vida, en el que se entremezclan sentimientos de amor, esperanza y emoción, pero que también puede provocar estrés y ansiedad sin precedentes. Los progenitores, especialmente las mujeres, cuyas necesidades se descuidan con demasiada frecuencia una vez nacido el bebé, necesitan sistemas sólidos de apoyo y atención de salud”.<sup>[37]</sup>

Según las metas que se establecen en Objetivo de Desarrollo sostenible y la nueva Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente de entre 2016 a 2030, se pretende garantizar que tanto la madres como lo bebés alcancen un buen potencial de salud y vida, más allá de sobrevivir a las dificultades del parto. <sup>[38]</sup>

## 6. JUSTIFICACIÓN

---

Los trastornos del estado de ánimo como es la depresión postparto tienen un gran índice a nivel mundial, su incidencia es del 15%. En nuestro país su prevalencia ha aumentado con los años, y oscila entre un 6 y un 8%; siendo un 35,14% de las mujeres españolas las que confirman haber pasado por esta depresión. Alrededor de un 90% de las mujeres afirman haber tenido síntomas en el periodo del puerperio, tales como cansancio, tristeza, irritabilidad e incluso ansiedad. Cabe destacar que una minoría (2,62% de las madres) ha experimentado el tipo de depresión postparto más grave, la psicosis postparto, caracterizada por presentar pensamientos suicidas o filicidios. <sup>[39]</sup>

Es de vital importancia que las mujeres conozcan acerca de este trastorno, puesto que es un gran porcentaje de madres las que desconocen la enfermedad. De igual manera un 40% de las mujeres afirma haber detectado este padecimiento por su propia cuenta, sin haber sido diagnosticadas por un profesional.

Por ello mismo, este proyecto pretende que la población y el personal sanitario, en un principio de la Isla de La Palma, conozca esta enfermedad para poder aplicar medidas preventivas que mejorarán y fortalecerán la salud de la madre y del RN. Aplicando escalas como la Escala de la depresión postparto de Edimburgo o realizando las preguntas Whooley, entre otros métodos. Igualmente fomentar la educación maternal para crear expectativas realistas de la fase de maternidad; impulsar a estos cambios en la población puede mejorar la detección de los síntomas de la depresión, así como su prevención.

### **Pregunta de investigación**

En el puerperio, ¿cómo influyen las expectativas en la depresión postparto?.

## 7. OBJETIVOS DE ESTUDIO

---

### 7.1 Objetivos de investigación

- Objetivo general:

Determinar la relación de las expectativas que tienen las embarazadas en relación con la depresión postparto.

- Objetivo específico:

- Relacionar las expectativas previas con la satisfacción.
- Relacionar las expectativas previas con la depresión postparto.
- Mostrar la relación entre la educación maternal, la satisfacción y la depresión postparto.
- Identificar los factores que influyen en la salud mental de la mujer embarazada.

### 7.2 Hipótesis

Las expectativas previas influyen en el desarrollo de la depresión postparto y la satisfacción.

## 8. METODOLOGÍA

---

### 8.1 Búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica recopilada para este proyecto se ha realizado en la base de datos electrónicos de Scielo, Pubmed, Medline plus, Elseiver y Google académico, mediante el Punto Q de la Universidad de La Laguna (ULL). Además, también se consultó la página RIULL, en la cual se accedió a bases de datos de Trabajos de Fin de Grado anteriores.

Se realizó una búsqueda intencionada en páginas como: National Institute of Mental Health (NIMH), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal y Organización Mundial de la Salud (OMS). Para realizar las búsquedas se limitaron los filtros de búsqueda a estudios publicados en los últimos diez años, en los idiomas español e inglés.

Las palabras claves fueron buscadas en los siguientes descriptores (DeCS) y sus respectivas traducciones en (MeSH):

#### DeCS

Bienestar

Depresión postparto

Expectativas

Satisfacción

#### MeSH

Well-being

Postpartum depression

Expectations

Satisfaction

### 8.2 Tipo de investigación

Según las características y cualidades del estudio a realizar, se efectuará un estudio observacional, analítico y tipo longitudinal con tres medidas en el tiempo.

### 8.3 Población y muestra de estudio

La población diana del estudio serán las mujeres primíparas mayores de edad de la Isla de La Palma, en la etapa prenatal para observar sus expectativas y puerperal para analizar la probabilidad de tener depresión postparto y su nivel de satisfacción. Este

estudio se realizará con primíparas debido a que se quiere trabajar con una muestra de pacientes que no tengan experiencias anteriores, sino simplemente expectativas.

Población: Según el departamento de obstetricia del Hospital Universitario de La Palma, se estima que al año tienen lugar unos 500 partos.

Muestra: Se calcula una muestra representativa de unas 218 mujeres, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. No obstante, como se trabaja con una población estimada, esta podría aumentar o viceversa.

Selección muestral: Se realizará un muestreo por conveniencia hasta llegar a la muestra estimada.

#### **8.4 Criterios de inclusión y exclusión**

- Criterios de inclusión:
  - Mujeres primíparas mayores de edad.
  - Mujeres que acudan a la consulta de la matrona para seguimiento del embarazo.
  
- Criterios de exclusión:
  - Mujeres con dificultades cognitivas que imposibiliten ejecutar los instrumentos de medida.
  - Mujeres con dificultad de barrera idiomática con el español.

#### **8.5 Variables de investigación**

- Variable independiente: Expectativas.
  
- Variable dependiente: Depresión postparto y satisfacción.
  
- Variables sociodemográficas:
  - Edad: < 18 años.
  - Estado civil: soltera, casada, divorciada, separada o viuda.
  - Situación laboral actual: empleada o desempleada.

- Zonas Básicas de Salud de la isla de La Palma: San Andrés y Sauces, Santa Cruz de la Palma, Breña Alta, Breña Baja, Mazo, El Paso, Los Llanos de Aridane, Tazacorte, Tijarafe y Garafía.
- Variables clínicas relacionadas con los objetivos de estudio:
  - Tipo de parto: vaginal, vaginal asistido o cesárea.
  - Embarazo: deseado o no.
  - Educación maternal: si/no (número de sesiones).
  - Antecedentes personales que incluyen trastornos mentales.
  - Existencia de patologías durante el embarazo.
  - Apoyo social.
  - Ansiedad o estrés.
  - Expectativas: (Childbirth Expectation Questionnaire).
  - Satisfacción: (Escala Mackey).
  - Depresión postparto: (EPDS).

## 8.6 Instrumentos de medida

Como instrumentos de medida se utilizarán diferentes cuestionarios que se proporcionarán antes y después de la fase de parto. Para antes del parto se facilitará un cuestionario de elaboración propia y uno para medir las expectativas. Tras la fase de parto se dará el cuestionario sobre la satisfacción y finalmente alrededor de seis semanas después, se entregará un último que recogerá los datos para detectar la depresión postparto.

Para empezar, se realizará el cuestionario de elaboración propia <sup>(Anexo I)</sup>. Este recogerá los datos demográficos de las pacientes, además de que contará con dos preguntas finales que forman parte de las denominadas “Preguntas de Whooley”. Contiene dos ítems, enfocados en el estado de ánimo y la anhedonia siendo este usado para detectar la depresión en pacientes con factores de riesgo <sup>[40]</sup>. Estas preguntas tienen respuesta dicotómica (Si/No) y cuenta con un punto de corte mayor o igual a 1.

Por consiguiente se aplicará el Cuestionario de Expectativas sobre el Parto, más conocido como “Childbirth Expectation Questionnaire” <sup>(Anexo II)</sup>, formado por 37 ítems con 5 opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Se divide en varios factores que son: entorno de cuidado, expectativas del dolor del parto, control y participación, apoyo de la pareja y apoyo médico. La valoración final

puede alcanzar puntuaciones entre 37 a 185 puntos, considerando que las puntuaciones más altas representan unas expectativas más positivas <sup>[41]</sup>.

Después de la fase de parto se pondrá a su disposición la Escala Mackey, también conocida como “Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale” <sup>(Anexo III)</sup>, dicha escala mide la satisfacción de la experiencia de parto y del nacimiento del bebé. Cuenta con 36 ítems que se agrupan en cinco subescalas siendo estas las siguientes: referenciadas a la mujer, la pareja, el recién nacido, la matrona y el obstetra. Cabe mencionar que se evalúa en una escala de cinco puntos que va de muy insatisfecha a muy satisfecha, por lo que se valora a mayor puntuación, mayor satisfacción <sup>[42]</sup>.

Finalmente se utilizará la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, <sup>(Anexo IV)</sup> cuya función es medir la prevalencia de la depresión postparto. El cuestionario está formado por diez ítems con cuatro opciones de respuesta, que se usan generalmente entre las semanas 6 y 8 de la etapa postparto. Es importante que la mujer escoja la respuesta más semejante a sus sentimientos en los últimos siete días, además de que debe de evitar comentar sus respuestas con otras personas. Para medir esta escala se dará un valor a las respuestas que van de 0 a 3 según el aumento de la gravedad, exceptuando las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10, que se valoran con las puntuaciones a la inversa. Por lo que una puntuación mayor de 10, implica probabilidad de depresión sin saber su gravedad. También cabe señalar que si el valor de la pregunta 10 es superior a 0, se deben de hacer evaluaciones adicionales de inmediato. <sup>[43]</sup>

## **8.7 Recogida de datos y procedimientos**

Para poder realizar este proyecto, se contactará con las matronas de las zonas básicas de salud de la isla de La Palma. Atención Primaria del Área de Salud de La Palma, actualmente cuenta con cuatro matronas que se distribuyen de la siguiente forma: Santa Cruz de La Palma - Los Sauces; Los Llanos; Breña Alta - Mazo; El Paso - Puntagorda. La finalidad es informarles sobre el estudio, así como solicitar su participación, ya que serán las encargadas de la recogida de datos.

Antes de comenzar con esta recogida de datos, se solicitará permiso al comité ético correspondiente a la Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma <sup>(Anexo V)</sup>. Tras obtener el permiso pertinente, se contactará con las matronas a través de la dirección de enfermería de Atención Primaria. Se realizará una sesión informativa de aproximadamente dos horas de duración, donde se explicará el proyecto, incluso se

aceptarán sugerencias. Dichas propuestas se podrán incluir y después de esto se llevará a cabo una fase piloto, para ver cómo se comporta el cuestionario con las embarazadas y si requiere de alguna modificación. A continuación se dará comienzo a la recogida de datos.

Se hará una comparación entre los datos recogidos antes y después del parto, para así analizar tanto expectativas, satisfacción y si hubiese, depresión o indicios de la misma. Con este fin, se entregará a aquellas pacientes que cumplan los criterios de inclusión y estén interesadas en formar parte de este proyecto, varios cuestionarios.

Los cuestionarios a realizar se entregarán en tres fases. Los primeros se facilitarán en el tercer trimestre de embarazo, sobre el octavo mes; dichos cuestionarios recogen datos demográficos y expectativas. Justamente tras la fase de parto, se dará un cuestionario relacionado con la satisfacción y ya en la tercera fase se proporcionará el último de los cuestionarios que abarca la depresión postparto. De manera que se pretende que esta recogida se realice en unos seis meses.

### **8.8 Análisis de datos**

Una vez recogido todos los datos pertinentes al estudio, se procederá al análisis de los mismos. Para comenzar se confeccionará una base de datos específica para el estudio.

La descripción de la muestra se llevó a cabo empleando porcentajes de frecuencia para las variables categóricas. Para las de la escala se usaron media y desviación estándar si la distribución de la muestra es normal; en caso de no normal, se trataría de mediana y percentiles 5 y 95.

En el análisis bivariante, dado que las variables son cualitativas, los datos se agruparán en tablas cruzadas o de contingencia. Para la prueba estadística se hará uso de la prueba chi-cuadrado de Pearson.

En el análisis de datos se hará uso de un Software estadístico o programa estadístico, conocido como SPSS v.27 (última actualización, 19 de abril de 2019).

## **8.9 Consideraciones éticas**

Los derechos de todas las mujeres partícipes en este estudio deben seguir unos aspectos éticos legales; por lo tanto, en un principio, se solicitará el permiso conveniente a la gerencia para poder llevar a cabo este proyecto.

Posteriormente se facilitará al personal responsable una hoja informativa <sup>(Anexo VI)</sup>, del mismo modo que un consentimiento informado a todas aquellas mujeres que participen <sup>(Anexo VII)</sup>, que serán informadas de que se trata de un estudio voluntario.

La información que se recoja será utilizada únicamente para este proyecto de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que garantiza que cualquier dato recogido será tratado de forma confidencial, conservando el anonimato.

## 9. LOGÍSTICA

### 9.1 Cronograma

La realización del proyecto se estima en un año. Las tareas se distribuyen en la siguiente tabla.

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Búsqueda bibliográfica												
Redacción del proyecto												
Elaboración de encuestas												
Pilotaje												
Recogida de datos												
Análisis de datos												
Discusión de los resultados												
Difusión y presentación final												

**9.2 Presupuesto****RECURSOS HUMANOS**

Investigador	1	1000 €
--------------	---	--------

**RECURSOS MATERIALES**

Material de oficina (fungible)	2 paquetes de folios de folios A4 3 paquetes de bolígrafos de 10	20 €
Ordenador	1	450 €
Impresora	1	100 €
Tinta de impresora	1	35 €

**GASTOS EN SU TOTALIDAD 1605 €**

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. [cited 2022 May 15]. Available from: <http://https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e140/>
2. La OMS pide que se cuide la salud mental de las madres en la asistencia al parto [Internet]. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. 2018 [cited 2022 May 15]. Available from: <https://saludmentalperinatal.es/2018/02/24/oms-quiere-que-se-cuide-la-salud-mental-madres-atencion-parto/>
3. Olza I, Fernández Lorenzo P, González Uriarte A, Herrero Azorín F, Carmona Cañabate S, Gil Sanchez A, et al. Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet]. 2021 [cited 2022 May 15];41(139):23–35. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352021000100023&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352021000100023&script=sci_arttext&lng=pt)
4. Paolini CI, Oiberman AJ, Balzano S. Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. Rev Bras Saúde Materno Infant [Internet]. 2012 [cited 2022 May 15];12(1):65–73. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/sPPFPb5cRKbV4wn4KDdXBxn/?lang=es>
5. Salaverry García Oswaldo. Iatrogenia institucional y muerte materna. Semmelweis y la fiebre puerperal. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2013 Jul [citado 2022 Feb 10] ; 30( 3 ): 512-517. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-4634201300030023&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-4634201300030023&lng=es).
6. González-Castro, P. J., et al. "Psicosis Puerperal. Panorama General Sobre Su Diagnóstico, Etiología E Interpretación." *Perinatología Y Reproducción Humana*, vol. 30, no. 1, 1 Jan. 2016, pp. 24–30, [www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-articulo-psicosis-puerperal-panorama-general-sobre-S0187533716000133](http://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-articulo-psicosis-puerperal-panorama-general-sobre-S0187533716000133) , 10.1016/j.rprh.2016.03.005. Accessed 10 Feb. 2022.
7. Schilesaludmental.cl. [citado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: [http://www.schilesaludmental.cl/pdf/REVISTA%201%20-%202013/07.%202013\\_N%C2%BA\\_1\\_art5.pdf](http://www.schilesaludmental.cl/pdf/REVISTA%201%20-%202013/07.%202013_N%C2%BA_1_art5.pdf)
8. Iza Fernández I, García Esteve L, Lasheras G, Farré JM, Psicossom CM. La Sección Española de la Sociedad Marcé: impulsando la Salud Mental Perinatal Spanish Section of Marcé Society: promoting Perinatal Mental Health [Internet]. Psiquiatriapsicologia-dexeus.com. [citado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/IMAGES\\_12/marce.pdf](https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/IMAGES_12/marce.pdf)

9. Barberá VP, Aznar MPM. Depresión post-parto: datos sobre su existencia y codeterminantes en una investigación con grupos criterio y la escala de Beck. *Análisis y modificación de conducta* [Internet]. 1990 [cited 2022 May 15];16(47):3–54. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7086658>
10. Acevedo CO, Moreno LPP, Urrego AST. Depresión Post Parto. *Psyconex* [Internet]. 2018 [cited 2022 May 15];10(16):1–10. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/334755>
11. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression. 2021 Jul 2. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 30085612.
12. Medina-Serdán Erica. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2013 Ene [citado 2022 Feb 10] ; 27( 3 ): 185-193. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es).
13. Depresión perinatal [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [citado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal>
14. Balaram K, Marwaha R. Postpartum Blues. 2022 [citado el 20 de abril de 2022]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32119433>
15. Raza SK, Raza S. Postpartum Psychosis. 2022 [citado el 20 de abril de 2022]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31335024/>
16. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2009 [citado el 20 de abril de 2022];200(4):357–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19318144/>
17. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu Rev Med* [Internet]. 2019 [citado el 20 de abril de 2022];70(1):183–96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30691372/>
18. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depress Anxiety* [Internet]. 2017 [citado el 20 de abril de 2022];34(2):178–87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28098957/>
19. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2014 [citado el 20 de abril de 2022];28(1):3–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24140480/>

20. Poyatos-León R, García-Hermoso A, Sanabria-Martínez G, Álvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Martínez-Vizcaíno V. Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. Birth [Internet]. 2017 [citado el 20 de abril de 2022];44(3):200–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28589648/>
21. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2020 [citado el 10 de febrero de 2022];31(2):139–49. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-d-epresion-perinatal-deteccion-diagnostico-estrategias-S0716864020300183>
22. Bench-to-bedside: NIMH research leads to brexanolone, first-ever drug specifically for postpartum depression [Internet]. National Institutes of Health (NIH). 2019 [citado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/bench-bedside-nimh-research-leads-brexanolone-first-ever-drug-specifically-postpartum-depression>
23. Inyección de brexanolona [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a619037-es.html>
24. Frieder A, Fersh M, Hainline R, Deligiannidis KM. Pharmacotherapy of postpartum depression: Current approaches and novel drug development. CNS Drugs [Internet]. 2019 [citado el 20 de abril de 2022];33(3):265–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30790145/>
25. Mocking RJT, Steijn K, Roos C, Assies J, Bergink V, Ruhé HG, et al. Omega-3 fatty acid supplementation for perinatal depression: A meta-analysis: A meta-analysis. J Clin Psychiatry [Internet]. 2020 [citado el 20 de abril de 2022];81(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32898343/>
26. Camacho Morell F, Romero Martín MJ. Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa. Enferm glob [Internet]. 2017 [citado el 20 de abril de 2022];17(1):324. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412018000100324](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100324)
27. Markosyan LA, Cebolla CG, Folgado PJ, Blázquez RA. Expectativas y grado de satisfacción de las gestantes sobre la atención sanitaria recibida en el parto. Investigación & Cuidados [Internet]. 2020 [citado el 20 de abril de 2022];34–41. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ic/article/view/4034ic>
28. revistas-articulo-ingles - Enfermería21 [Internet]. Enfermería21. 2018 [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/article/134/satisfaccion-de-las-mujeres-con-la-atencion-al-parto/>

29. Centenaro Levandowski D, Helena Marin A, da Silva Pereira C, Golembiewski Mendes M. ¡Llegó la hora! Expectativas y experiencias de parto de adolescentes embarazadas. Rev psicol [Internet]. 2015 [citado el 20 de abril de 2022];33(2):333–61. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472015000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472015000200004&script=sci_arttext)
30. Parto y nacimiento [Internet]. Womenshealth.gov. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/childbirth-and-beyond/labor-and-birth>
31. Manejo del dolor durante el parto [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000587.htm>
32. Ortiz-Gómez JR, Palacio-Abizanda FJ, Fonet-Ruiz I. Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2014 [citado el 20 de abril de 2022];37(3):411–27. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272014000300010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000300010)
33. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2019 [citado el 20 de abril de 2022];3(7):CD012449. Disponible en: [https://www.cochrane.org/es/CD012449/EPOC\\_percepciones-y-experiencias-del-a-companamiento-durante-el-trabajo-de-parto](https://www.cochrane.org/es/CD012449/EPOC_percepciones-y-experiencias-del-a-companamiento-durante-el-trabajo-de-parto)
34. Sciencedirect.com. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X1300047X>
35. Lafaurie Villamil MM. Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud. Enferm actual Costa Rica [Internet]. 2020 [citado el 20 de abril de 2022];(38):180–95. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-45682020000100180](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100180)
36. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. Who.int. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
37. La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto [Internet]. Who.int. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-a>

[nd-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth](#)

38. de la Salud OP. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. OPS; 2019.
39. Estudio sobre la depresión postparto en España: más de un tercio de las madres españolas afirma sufrir depresión postparto [Internet]. Economista. 2017 [cited 2022 May 15]. Available from: <https://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/8301398/04/17/I-Estudio-sobre-la-depresion-postparto-en-Espana-mas-de-un-tercio-de-las-madres-espanolas-afirma-sufrir-depresion-postparto.html>
40. Sergas.es. [cited 2022 May 15]. Available from: [https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia\\_t201306GPCdepression\\_adulto.pdf](https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia_t201306GPCdepression_adulto.pdf)
41. Martínez-Borba V, Suso-Ribera C, Catalá P, Marín D, Peñacoba-Puente C. Psychometric properties of the childbirth expectation questionnaire in a sample of Spanish pregnant women. Clin Salud [Internet]. 2022 [cited 2022 May 22];33(1):1–9. Available from: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2021a10>
42. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. Gac Sanit [Internet]. 2012 [cited 2022 May 15];26(3):236–42. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112012000300009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000300009)
43. Wwww.nj.gov. [cited 2022 May 15]. Available from: [https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale\\_sp.pdf](https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf)

## 11. ANEXOS

## Anexo I: ENCUESTA INICIAL

## Factores sociodemográficos:

<b>Edad:</b>	
<b>Estado civil:</b>	Casada: <input type="checkbox"/> Separada: <input type="checkbox"/> Viuda: <input type="checkbox"/>
<b>Situación laboral actual:</b>	Empleado: <input type="checkbox"/> Desempleado: <input type="checkbox"/>
<b>Municipio de residencia:</b>	
<b>Centro de salud:</b>	
<b>Antecedentes médicos:</b>	
<b>Tipo de parto esperado:</b>	Vaginal: <input type="checkbox"/> Vaginal asistido: <input type="checkbox"/> Cesárea: <input type="checkbox"/>
<b>Embarazo:</b>	Deseado: <input type="checkbox"/> No deseado: <input type="checkbox"/>
<b>Educación maternal:</b>	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Indique número de sesiones asistidas: _____

## Preguntas Whooley:

<b>Durante el pasado mes: ¿se ha sentido desanimada, deprimida o sin esperanza?</b>	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
<b>Durante el pasado mes: ¿ha tenido poco interés o ha disfrutado poco haciendo cosas?</b>	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>

## Anexo II: CHILDBIRTH EXPECTATION QUESTIONNAIRE

	1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
1. Mi esposo puede elegir acompañarme durante el proceso de parto	1	2	3	4	5
2. La presencia de mi esposo durante el parto me hará sentir feliz y emocionada	1	2	3	4	5
3. Le pediré ayuda a mi pareja	1	2	3	4	5
4. Me sentiré cómoda con la presencia de mi pareja	1	2	3	4	5
5. Mi pareja me informará de la evolución del parto todo el tiempo	1	2	3	4	5
6. Mi esposo puede entender y aceptar mi comportamiento	1	2	3	4	5
7. Puedo analizar lo que experimento mientras espero el parto	1	2	3	4	5
8. Seguiré los procedimientos rutinarios del hospital	1	2	3	4	5
9. Tendré un parto normal y espontáneo	1	2	3	4	5
10. Podré abrazar a mi bebé pronto después del parto	1	2	3	4	5
11. Puedo mantenerme relajada mientras espero el parto	1	2	3	4	5
12. Me sentiré incómoda pero no con un dolor que no pueda soportar	1	2	3	4	5
13. Me preocupa que el dolor del parto sea muy intenso	1	2	3	4	5
14. Me asusto cuando pienso en el dolor del parto	1	2	3	4	5
15. Temo que no seré capaz de moverme con libertad debido al dolor del parto	1	2	3	4	5
16. El parto será extremadamente doloroso	1	2	3	4	5
17. Temo que sentiré pánico y no sabré que hacer	1	2	3	4	5
18. Rechazaré el tratamiento que piense que no es necesario	1	2	3	4	5
19. Seremos consultados antes de cualquier decisión médica	1	2	3	4	5
20. El personal sanitario me permitirá participar plenamente en la toma de decisiones	1	2	3	4	5
21. Puedo elegir el que no me hagan una episiotomía	1	2	3	4	5
22. El personal sanitario será amable conmigo	1	2	3	4	5
23. El personal sanitario nos proporcionará atención individualizada	1	2	3	4	5
24. No me sentiré avergonzada de mi comportamiento	1	2	3	4	5
25. El personal sanitario me ofrecerá apoyo	1	2	3	4	5
26. Me sentiré tranquila con la presencia del personal sanitario	1	2	3	4	5
27. El personal sanitario me visitará a menudo	1	2	3	4	5
28. El personal sanitario tomará en cuenta seriamente cualquier preocupación que tenga durante el parto	1	2	3	4	5
29. El personal sanitario me enseñará como manejar el dolor	1	2	3	4	5
30. La sala de dilatación será tan cómoda como mi casa	1	2	3	4	5
31. La sala de dilatación me aportará lo necesario para relajarme	1	2	3	4	5
32. El personal sanitario protegerá mi intimidad	1	2	3	4	5
33. Alguien me ofrecerá apoyo cuando no pueda seguir	1	2	3	4	5
34. El personal sanitario aceptará mi comportamiento cuando este fuera de control	1	2	3	4	5
35. El personal sanitario me mantendrá informada sobre el progreso del parto	1	2	3	4	5
36. Espero que el parto se desarrolle tranquilamente, sin complicaciones y de manera rápida	1	2	3	4	5
37. Yo y mi bebé estaremos seguros y sanos	1	2	3	4	5

### Anexo III: MACKEY CHILDBIRTH SATISFACTION RATING SCALE

¿ESTÁ SATISFECHA CON ...	Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
1. Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación	1	2	3	4	5
2. Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo	1	2	3	4	5
3. Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación	1	2	3	4	5
4. Su grado de confort durante la dilatación (ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, compañía de la persona elegida, almohadas, etc.)	1	2	3	4	5
5. Su grado de confort durante el expulsivo (ej. ambiente íntimo, postura cómoda, compañía de la persona elegida, etc.)	1	2	3	4	5
6. La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)	1	2	3	4	5
7. La capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo (ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)	1	2	3	4	5
8. El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)	1	2	3	4	5
9. El control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo (ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, cambiar de postura, etc.)	1	2	3	4	5
10. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación	1	2	3	4	5
11. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo	1	2	3	4	5
12. Su experiencia global de la dilatación	1	2	3	4	5
13. Su experiencia global del expulsivo	1	2	3	4	5
14. El estado de salud de su bebé al nacer	1	2	3	4	5
15. El tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé	1	2	3	4	5
16. El tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé	1	2	3	4	5
17. Los cuidados físicos que recibió de la matrona durante el parto (ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)	1	2	3	4	5
18. Los cuidados físicos que recibió del ginecólogo/a durante el parto (ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)	1	2	3	4	5
19. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la matrona durante el parto	1	2	3	4	5
20. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del ginecólogo/a durante el parto	1	2	3	4	5
21. La información y explicaciones que le proporcionó la matrona en el parto	1	2	3	4	5
22. La información y explicaciones que le proporcionó el ginecólogo/a en el parto	1	2	3	4	5
23. El interés y el trato personal que le prestó la matrona en el parto	1	2	3	4	5
24. El interés y el trato personal que le prestó el ginecólogo/a en el parto	1	2	3	4	5
25. La ayuda y apoyo que recibió de la matrona con las respiraciones y la relajación en el parto	1	2	3	4	5
26. La ayuda y apoyo que recibió del ginecólogo/a con las respiraciones y la relajación en el parto	1	2	3	4	5
27. El tiempo que la matrona pasó con usted durante la dilatación	1	2	3	4	5
28. El tiempo que el ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación	1	2	3	4	¿5
29. La actitud de la matrona en el parto (ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)	1	2	3	4	5
30. La actitud del ginecólogo/a en el parto (ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)	1	2	3	4	5
31. La sensibilidad de la matrona ante sus necesidades durante el parto	1	2	3	4	5
32. La sensibilidad del ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto	1	2	3	4	5
33. La ayuda y el apoyo de la matrona en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)	1	2	3	4	5
35. De forma global, la atención que usted recibió durante el parto	1	2	3	4	5
36. De forma global, ¿cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?	1	2	3	4	5

## Anexo IV: ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO

### Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas<br/>Tanto como siempre<br/>No tanto ahora<br/>Mucho menos<br/>No, no he podido</p>               | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian<br/>Sí, la mayor parte de las veces<br/>Sí, a veces<br/>No, casi nunca<br/>No, nada</p>                              |
| <p>2. He mirado el futuro con placer<br/>Tanto como siempre<br/>Algo menos de lo que solía hacer<br/>Definitivamente menos<br/>No, nada</p>                   | <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir<br/>Sí, la mayoría de las veces<br/>Sí, a veces<br/>No muy a menudo<br/>No, nada</p> |
| <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien<br/>Sí, la mayoría de las veces<br/>Sí, algunas veces<br/>No muy a menudo<br/>No, nunca</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada<br/>Sí, casi siempre<br/>Sí, bastante a menudo<br/>No muy a menudo<br/>No, nada</p>                              |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo<br/>No, para nada<br/>Casi nada<br/>Sí, a veces<br/>Sí, a menudo</p>  | <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando<br/>Sí, casi siempre<br/>Sí, bastante a menudo<br/>Sólo en ocasiones<br/>No, nunca</p>                   |
| <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno<br/>Sí, bastante<br/>Sí, a veces<br/>No, no mucho<br/>No, nada</p>  | <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma<br/>Sí, bastante a menudo<br/>A veces<br/>Casi nunca<br/>No, nunca</p>                                       |

**Anexo V: MODELO DE SOLICITUD DE PERMISO A LA GERENCIA**

**Solicitud de permiso u autorización para la realización del proyecto de fin de Grado**

Estimado/a Sr. /Sra. Gerente de los Servicios Sanitarios del Área de Salud de La Palma.

Mi nombre es Alondra Santos Hernández, estudiante de cuarto curso del Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna, Sede La Palma.

Como trabajo de Fin de Grado estoy desarrollando un proyecto de investigación sobre la “Relación entre las expectativas de las embarazadas y el desarrollo de depresión postparto”.

Por la presente, me dirijo a usted, con el objetivo de solicitar permiso para la realización y recolección de datos necesarios para este estudio. Se realizarán diferentes cuestionarios a las participantes con el fin de valorar la relación entre sus expectativas y el desarrollo de depresión.

Cabe mencionar que la participación de este estudio es voluntaria y los datos personales recogidos se tratarán con la confidencialidad pertinente que recoge la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, Protección de Datos de Carácter Personal.

Gracias de antemano por su ayuda y colaboración.

Un cordial saludo.

Atentamente Alondra Santos Hernández

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

Firma \_\_\_\_\_

**Anexo VI: MODELO DE HOJA INFORMATIVA PARA EL PERSONAL**

Estimado/a Sr/Sra:

Mi nombre es Alondra Santos Hernández, estudiante de cuarto curso del Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna, Sede La Palma. Como Trabajo de Fin de Grado estoy desarrollando un proyecto de investigación sobre la “Relación entre las expectativas de las embarazadas y el desarrollo de depresión postparto”.

Me dirijo a usted para informarle de que se hará entrega de una serie de cuestionarios a las embarazadas antes y después del parto, con el fin de recoger datos demográficos, sus expectativas y si hubiese, detectar depresión postparto o indicios de ella.

Requerimos su colaboración tanto para facilitar los cuestionarios a las participantes como para la recogida de los mismos. Cabe mencionar que la participación de este estudio es voluntaria y los datos personales recogidos se tratarán con la confidencialidad pertinente que recoge la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, Protección de Datos de Carácter Personal.

Gracias de antemano por su ayuda y colaboración.

Un cordial saludo.

Alondra Santos Hernández

**Anexo VII: MODELO DE HOJA INFORMATIVA PARA LA PACIENTE**

Estimada señora,

Nos dirigimos a usted para informarle que vamos a realizar un estudio, cuyo objetivo es medir la relación que hay entre las expectativas y el desarrollo de la depresión postparto en las embarazadas.

Se pondrá a su disposición una serie de cuestionarios antes y después del parto. Estos incluyen datos sociodemográficos, expectativas del parto y satisfacción tras la experiencia del parto.

Su participación es voluntaria y anónima, puesto que los datos recogidos para este proyecto aseguran la confidencialidad y protección de datos, respetando así la **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal**. Los datos serán utilizados únicamente para la realización de este estudio y dicha información quedará restringida al personal autorizado.

Centro de Salud:

Matrona responsable:

Investigador: Alondra Santos Hernández

Yo , \_\_\_\_\_ (Nombre y apellidos) He leído y comprendido la finalidad del estudio que se va a realizar en mi centro de salud, así como la importancia de mi participación. Voluntariamente, acepto participar en él.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_